

アピランスケア支援事業について

がん治療による外見の変化にかかる費用の一部を補助するものです

1. 対象となる方

申請時点で下記の要件をすべて満たす人が助成対象です。

- ① 購入・申請時点で天理市内に在住し、天理市の住民基本台帳に登録されている人
- ② がんと診断され、申請時において治療中または過去に治療を受けたことがある人
- ③ 過去に本市または他の自治体を実施する、補整具購入にかかる同様の助成を受けていない人

2. 助成対象となる経費

補整具の種類及び要件

| 補整具の種類 | 要件 |
|--------|--|
| ウィッグ等 | がん治療に伴う脱毛に対応するために装着するウィッグ（全頭用のもの。ウィッグと同時申請する場合のみ、頭皮保護用ネットを含む。）または毛付き帽子の購入に係る費用。 ただし、本体価格に含まれない付属品やウィッグのケア用品は含まない。 |
| 乳房補整具 | 外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補整下着（下着とともに使用する補正パットを含む。）および人工乳房（直接肌に張り付けて使用するもの。ただし、乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）の購入に係る費用。 ただし、本体価格に含まれない付属品やケア用品は対象としない。 |

※付属品及びケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）、購入のために要した交通費及び送料等の費用は助成の対象外です。

医療保険各法による医療に関する給付の対象となるものや国又は地方公共団体が別に負担する対象となるものは助成の対象外です。

3. 助成金

- ① 補整具の種類ごとに、購入に要した費用の2分の1の額（その額に1,000円未満の端数があるときは、当該端数を切り捨てた額）とし、20,000円を上限とします。
- ② 助成金の交付を受けることができる回数は、補整具の種類ごとに助成対象者1人あたり1回です。
- ③ 乳房補整具にあっては、両乳房用を一度に購入した場合は1回、左右それぞれ購入し

た場合はそれぞれを1回とします。

4. 申請書類

- ①申請書兼請求書（記載に誤りがある場合は、二重線を引いてその上に押印して訂正してください。修正テープ等での訂正はできません。）
- ②申請者の本人確認書類の写し
マイナンバーカード（顔写真の方のみ）、運転免許証、健康保険証（両面）、住民票等（注意）申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類の写しも必要です。
- ③がんの治療（手術、薬物療法、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し（※必ず病名が記載されていること）
がん治療に関する説明書、治療方針計画書、入院計画書、保険会社へ請求した時の写真など（病名がわかりがん治療に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類）
- ④補整具の購入にかかる領収書及びその明細書の（原本） 審査後返却いたします。
宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補整具は「補整下着」または「人工乳房」の記載があるもの。
- ⑤振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し
通帳またはキャッシュカード
※印鑑をご持参ください。

5. 申請の期限

補整具の購入費用は、購入した日の翌日から起算して、1年以内に申請してください。

*この期限を過ぎると申請が出来なくなります。

6. 支給方法

申請書類の審査後、承認の場合は、1～2か月後に申請書記載の口座に助成金を振込みます。

お問い合わせ：天理市健康推進課 直通63-9276